**BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| T.C. NO |  |
| SİCİL NO |  |
| ADI SOYADI |  |
| ÜNVANI |  |
| BRANŞI |  |
| ÇALIŞTIĞI BİRİM |  |
| HİZMET PUANI | (Sadece DHY olanlar doldurmak zorundadır) |
| HİZMET SÜRESİ (Sözleşmeli kadronun açıldığı birimdeki çalışılan süre) | (Sadece DHY olanlar dolduracaktır) |

**SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

 4924 sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğine istinaden; …………………………………………………………………………….’de 4924 sayılı Kanununa göre Sözleşmeli …….…................................. olarak istihdam edilmek istiyorum.

 Gereğinin yapılmasını arz ederim. .... / .... / 2020

 Adı Soyadı:

 İmza: